様式第２号（第 11 条関係）

木材加工用機械作業主任者技能講習受講申込書

（静岡労働局　登録番号 20 号の３　有効期限　令和 11 年３月 30 日）

貴校の在職者訓練を受講したいので申し込みます。
また、本書の提出により、個人情報の指定保存交付期間への提供に同意します。

年　　月　　日

浜松技術専門校長　様

ふりがな 氏　　名		性　別 男・女	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日 受講日初日で満　　歳
現　住　所	〒　　－　　TEL（　　）　　－			
事業所所在地	〒　　－　　TEL（　　）　　－　　Fax（　　）　　－			
事業所名 連絡担当者		受講通知 送付先	自宅・会社	
規　　模	１（　　1～　29 人）　２（　30～　99 人）　３（　100～　299 人） ４（　300～　499 人）　５（　500～　999 人）　６（　1000 人以上　）			
業　　種	１輸送用機器製造　２電気機器製造　３一般機器製造　４木工・繊維製造 ５その他の製造　６土木・建設　７物流・販売　８その他（　　）			
職務内容	１直接加工・技能　２間接加工・技術（製図・生産技術・現場管理） ３企画・設計・経営管理　４事務　５営業・販売　６その他（　　）			

職歴	年　月　日	勤務先(会社名・所在地)	職務内容	年　数
	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日			
	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日			

※　職歴は、木材加工用機械作業に関する職歴のみ記入してください(受講には経験年数３年以上必要)。

年　　月　　日　　受講申込者氏名

上記のとおり職歴に相違ないことを証明します。

年　　月　　日

所 在 地

事業所名

証明者職氏名　　印

〔証明者職氏名は、事業者を代表するもの（社長、支店長、工場長等）または業務経歴を管理する部門の長（人事部長、総務部長等)、個人企業にあってはその事業主個人の職名・氏名とする〕

〒435-0056　浜松市中央区小池町 2444 番地の1　静岡県立浜松技術専門校(浜松テクノカレッジ)
電話番号　053-462-5603　ファックス番号　053-462-5604